

## Renata Madetko, Barbara Ćwiertnia

Pracownia Podstaw Opieki Instytutu Fizjoterapii Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa  
*Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie*

# R

## ehabilitacja po mastektomii

Rehabilitation after mastectomy

### Adres do korespondencji:

mgr Renata Madetko  
 ul. Wielkotyrnowska 20/22  
 31-326 Kraków  
 tel.: 664 145 244  
 e-mail: rmadetko@interia.pl

### STRESZCZENIE

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem występującym u kobiet, w licznych przypadkach wymaga radykalnego postępowania chirurgicznego, a amputacja piersi stanowi ogromne przeżycie dla pacjentki. Stres psychiczny wynikający z faktu choroby nowotworowej i jego umiejscowienia nakłada się na dolegliwości fizyczne. Po mastektomii często występuje osłabienie, ograniczenie siły mięśniowej i zakresu wykonywania ruchów po stronie operowanej oraz obrzęk limfatyczny powstający na skutek usunięcia węzłów chłonnych. Aby temu przeciwdziałać, pacjentka powinna być wdrażana zarówno przed operacją, jak i po niej, do aktywności fizycznej. Ćwiczenia fizyczne dostosowane do możliwości i stanu zdrowia kobiety poprawiają sprawność kończyn po stronie operowanej, wydolność układu sercowo-naczyniowego, układu kostnego, a także ułatwiają utrzymanie prawidłowej masy ciała i wpływają na polepszenie kondycji psychicznej. Zmniejszenie liczby nawrotów raka piersi i spadek umieralności wśród kobiet aktywnych fizycznie w porównaniu z populacją prowadzącą siedzący tryb życia dowodzą, że celem jest objęcie wszystkich kobiet poddawanych operacji raka piersi różnym formom kinezyterapii.

**Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (4): 397–400**

**Słowa kluczowe:** mastektomia, rehabilitacja fizyczna, dieta

### ABSTRACT

Breast cancer is the most common tumor among women. In many cases it requires drastic surgical procedure, and breast amputation is an extreme experience for a woman. Psychological strain resulting from the fact of having a tumor and its location is accompanied by physical ailments. Weakness, limitation of muscular strength and scope of movement on the operated side, and lymphoedema following lymph nodes amputation are very common after mastectomy. To prevent these, a patient should be encouraged to do physical exercises both before and after the surgery. Such exercises, adapted to the patient's abilities and health, improve dexterity of the limb on the operated side as well as efficiency of the cardiovascular and osseous systems and facilitate both keeping proper body mass and psychical state improvement. Decrease in the number of breast cancer recurrence and reduced mortality rate among physically active women compared to those with sedentary lifestyle prove that it is important that all women after breast cancer surgery undergo some form of kinesitherapy.

**Nursing Topics 2008; 16 (4): 397–400**

**Key words:** mastectomy, physical rehabilitation, diet

### Wstęp

Nowotwór piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet. Często wymaga radykalnego postępowania chirurgicznego, a amputacja piersi stano-

wi ogromne przeżycie dla pacjentki. Stres psychiczny wywołany chorobą nowotworową i jej umiejscowieniem nakłada się na dolegliwości fizyczne. Po mastektomii kobieta jest często bardzo osłabiona, występuje u niej ograniczenie siły mięśniowej i zakresu wykonywania ru-

chów po stronie operowanej oraz obrzęk limfatyczny powstający na skutek usunięcia węzłów chłonnych. Aby temu przeciwdziałać pacjentka powinna być wdrażana zarówno przed operacją, jak i po niej, do aktywności fizycznej. Ćwiczenia fizyczne dostosowane do możliwości i stanu zdrowia kobiety poprawiają sprawność kończyn po stronie operowanej, wydolność układu sercowo-naczyniowego, układu kostnego, ułatwiają utrzymanie prawidłowej masy ciała i wpływają na polepszenie kondycji psychicznej.

Choroba nowotworowa piersi stanowi ciągle znaczącą przyczynę śmierci kobiet, jednak coraz skuteczniej stosowana profilaktyka, nowoczesne metody diagnostyki i leczenia dają szanse na wyleczenie i całkowity powrót do zdrowia. Leczenie raka piersi wywołuje często kalectwo fizyczne, co jest ceną, jaką płaci kobieta za uratowane życie. By powrót do sprawności psychicznej (to znaczy zaakceptowanie swojej inności, osiągnięcie samodzielności, przezwyciężenie kryzysu psychicznego, znalezienie wsparcia wśród najbliższych) był szybki, zadowalający, bardzo ważne jest wdrożenie — w stosunku do wszystkich pacjentek — postępowania usprawniającego w sferze fizycznej. Proces ten powinien się rozpocząć w czasie poprzedzającym operację i ma polegać na poprawie sprawności fizycznej i psychicznej. Wśród ćwiczeń fizycznych mogą to być ogólnousprawniające ćwiczenia wzmacniające siłę mięśniową, zakres ruchomości kończyny i obręczy barkowej po stronie operowanej oraz nauka ćwiczeń i sposobu układania ręki po operacji. Jednak przede wszystkim pacjentka wymaga rozmowy, wyjaśnienia celowości prowadzonej po zabiegu rehabilitacji. Opracowane przez doktor Krystynę Mikę i wprowadzone najpierw w Centrum Onkologii w Warszawie, a stopniowo w całym kraju, we wszystkich placówkach wykonujących radykalne operacje nowotworów piersi, zasady postępowania rehabilitacyjnego dotyczą 3 okresów. Pierwszy przypada na czas pobytu kobiety w szpitalu i trwa zwykle 3–5 dni, drugi — po opuszczeniu szpitala, pacjentka powinna otrzymać wówczas pomoc w zakładzie rehabilitacji lub w ambulatorium, i trzeci — późniejszy, utrwalający uzyskane wyniki: w zakładach rehabilitacji, na turnusach rehabilitacyjnych w uzdrowiskach lub w ramach działalności klubów kobiet po mastektomii (tzw. Amazonki) [1].

W okresie pooperacyjnym w szpitalu pacjentka wdraża się do specyficznego, wysokiego ułożenia kończyny, wykorzystując do tego klin. Taki sposób układania ręki zapobiega wczesnym powikłaniom pooperacyjnym w postaci obrzęku limfatycznego. Początkowo rehabilitacja obejmuje palce, dłonie i przedramię oraz stawy obręczy barkowej strony operowanej z wykorzystaniem ćwiczeń czynnych samowspomaganych i oddechowych, poprawiających wydolność płuc po operacji, oraz wpływających na delikatne, łagodne rozciąganie

tworzącej się blizny. Kolejność trenowanych okolic ciała powoduje uruchomienie pompy mięśniowej działającej z obwodu do centrum ciała. Do wykonywania ćwiczeń wybiera się pozycje wyjściowe ułatwiające odpływ krwi i chłonki z obwodu. W kolejnych dniach rozszerza się zakres kinezyterapii o ćwiczenia czynne stawów obręczy barkowej w pozycji siedzącej i stojącej, także wspomagane przyborami. Na trzecim etapie rehabilitacji szpitalnej wdrażane są ćwiczenia w pozycji stojącej przy ścianie, drabinkach oraz wcześniej wykonywane ćwiczenia czynne.

W proponowanych pacjentce ćwiczeniach czynnych i samowspomaganych przestrzegana jest zasada zwiększania ich zakresu w zależności od możliwości i wydolności indywidualnej organizmu chorej. Zaleca się wykonywać ćwiczenia co 2 godziny przez 10 minut [1]. Pacjentka wypisywana do domu zwykle w 5.–6. dobie po operacji powinna być przygotowana do wykonywania ćwiczeń. Zatem oprócz instruktażu pacjentka otrzymuje materiały edukacyjne dotyczące właściwego postępowania w życiu codziennym, tak by chronić się przed powikłaniami pooperacyjnymi. W wyniku radykalnej operacji chirurgicznej kobieta narażona jest na utratę piersi, ograniczenie ruchomości w stawie obręczy barkowej, zmniejszenie siły mięśni w kończynie i obręczy barkowej po stronie operowanej oraz często pojawiający się obrzęk limfatyczny ramienia i przedramienia.

Najbardziej bolesny problem, wymagający szybkiego działania, to uzupełnienie ubytku piersi. Odpowiednio dobrana proteza pod względem wielkości, ciężaru i kształtu, zastosowana tuż po zagojeniu się ran, po zdjęciu opatrunków, zapobiega zaburzeniom statyki tułowia oraz skrzywieniom kręgosłupa. Ma to również ogromny wpływ na stan psychiczny kobiety, zarówno bowiem choroba nowotworowa, jak i utrata piersi, uznawanej za atrybut kobiecości i macierzyństwa, mogą powodować u chorej stan przygnębienia, depresji, poczucie mniejszej wartości i atrakcyjności. Oprócz protezy w dalszej kolejności pacjentka powinna mieć szanse na chirurgiczną rekonstrukcję piersi. Zastosowanie operacyjnej rekonstrukcji piersi nie zwalnia pacjentki od systematycznych ćwiczeń zwiększających elastyczność blizny pooperacyjnej i podnoszących sprawność mięśniową tej okolicy ciała [1].

Rehabilitacja fizyczna w drugim i trzecim okresie po mastektomii powinna prowadzić do stałego podnoszenia sprawności fizycznej, a pośrednio i psychicznej, i jest oparta na dynamicznej, rytmicznej pracy mięśni oddziałującej na naczynia krwionośne, chłonne, ułatwiającej odpływ krwi żyłnej i chłonki. U wielu kobiet, szczególnie na trzecim etapie leczenia pooperacyjnego, za zgodą onkologa, mogą być wdrażane różnorodne zabiegi fizykalne, na przykład masaże, natryski, kąpiele i zabiegi elektrolecnicze działające miejscowo.

Jednym z najczęściej występujących odległych powikłań pooperacyjnych, a dotyczących prawie 30–50% operowanych kobiet, jest obrzęk limfatyczny kończyny strony operowanej. Mechanizm powstawania obrzęku jest złożony i jeszcze do końca niewyjaśniony przez fizjologów. Do najczęściej wymienianych przyczyn można zaliczyć: zaburzenia wchłaniania białek i produktów przemiany materii, mechaniczne utrudnienie przepływu chłonki, znaczne rozszerzenie naczyń chłonnych i niewydolność zastawkową oraz hemodynamiczną niewydolność przepływu chłonki. Obrzęk limfatyczny powstały na skutek zaburzonego przepływu chłonki wywołuje zmiany na skórze i w tkance podskórnej; rozległość tych zmian jest uzależniona od czasu utrzymywania się obrzęku i jego nasilenia. Najczęściej obserwowane zmiany to: zgrubienie i nadmierne rogowacenie naskórka, zwłóknienie skóry właściwej, zastępowanie tkanki tłuszczowej tkanką łączną, zanik gruczołów potowych, zaś przyczynami bezpośrednimi tego typu są: zmiany bliznowate okolicy operowanej, utrudnienie odpływu chłonki po usunięciu węzłów chłonnych i naczyń chłonnych, zakażenie rany pooperacyjnej, przerzuty nowotworowe, otyłość oraz zastosowanie leczenia poprzez napromieniowanie. Istotną przyczyną powstającego obrzęku limfatycznego tuż po operacji, przechodzącego następnie w stan utrwalony, jest zmniejszenie aktywności ruchowej kończyny po stronie operowanej [1]. Kobieta, odczuwając ból przy wykonywaniu ruchu, ogranicza go do minimum, co niekorzystnie wpływa na przepływ krwi żyłnej i chłonki. Dlatego tak ważne wydaje się wdrożenie pacjentki do systematycznej aktywności fizycznej poprawiającej jakość życia.

Oprócz ćwiczeń ruchowych, znaczną wartość mają różnego rodzaju masaże. W profilaktyce i leczeniu obrzęku pooperacyjnego może być wykorzystany drenaż limfatyczny oraz techniki masażu klasycznego takie jak: głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, uciski. Drenaż limfatyczny można stosować codziennie, wykonując techniki masażu od obwodu w kierunku ujść żylnych, rozpoczynając od węzłów i naczyń limfatycznych, znajdujących się jak najbliżej ujść żylnych i stopniowo, zachowując kierunek, masować dalsze części. Nie można przepchnąć limfy z obwodu, jeżeli jej odpływ do ujść żylnych będzie znacznie ograniczony. Należy najpierw udrożnić większe pnie limfatyczne i węzły chłonne usytuowane bliżej ujścia, a dopiero potem przepychać chłonkę z obwodu. Stosowane techniki muszą mieć charakter przepychający i należy wykonywać je płynnie, miękko, z umiarkowaną siłą, aby nie doprowadzić do zbytowego rozgrzania tkanek. Kończyna górna pacjentki powinna znajdować się w pozycji drenażowej, ułatwiającej odpływ chłonki także podczas odpoczynku po zabiegu [2]. W ten sposób powstaje tzw. oddziaływanie ssące, dzięki któremu limfa jest ściągana z obwodowych okolic ciała.

Bardzo wolny prąd chłonki wymusza wolne tempo wykonywania drenażu limfatycznego [3].

Pacjentka, po przeprowadzonym instruktżu przez fizjoterapeutę lub masażystę, może samodzielnie wykonywać automasaż, przestrzegając obowiązujących zasad, mianowicie: należy dokładnie umyć ręce i masowaną kończynę, używać do masażu olejku lub tłustego kremu, ręka powinna być swobodnie ułożona na klinie, maksymalnie rozluźniona, wszystkie ruchy muszą być wykonywane wzdłuż przebiegu naczyń chłonnych, masaż nie powinien wywoływać bólu ani trwać krócej niż 10 minut; należy omijać miejsca napromieniowane i okolice blizny pooperacyjnej, a wszystkie techniki powtarzać 5–10 razy.

Wzbogaceniem masażu palpacyjnego może być wykorzystanie masażu aparaturowego, na przykład pneumatycznego, podciśnieniowego, wibracyjnego, kąpieli wirowej, natrysku podwodnego [1]. W razie znacznego i uporczywego obrzęku limfatycznego pacjentka może zakładać elastyczny rękaw obejmujący całą kończynę od nadgarstka do barku.

Jakość życia kobiet po radykalnej operacji piersi zależy od prawidłowego procesu rehabilitacji i postępowania w życiu codziennym. Ręka po stronie operowanej powinna być przez całe życie traktowana specjalnie, ochronnie, to znaczy nie może być nadmiernie obciążana przez noszenie nawet niewielkich ciężarów, nie należy z tej kończyny pobierać krwi do badań ani wykonywać pomiarów ciśnienia. W profilaktyce obrzęku limfatycznego ważną zasadą jest wysokie układanie ręki na klinie w czasie snu i wypoczynku oraz podczas pracy. Istotnym elementem jest dobranie właściwego ubrania i bielizny niepowodujących ucisku okolicy barku i ramienia [1].

Zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami żywienia pacjentka powinna ograniczyć przyjmowanie węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych. Dieta obfita w warzywa i owoce ułatwi utrzymanie należytej masy ciała, zmniejszy niebezpieczeństwo wystąpienia chorób uznawanych współcześnie za cywilizacyjne [4]. Prowadzone w różnych ośrodkach klinicznych badania wykazują, że otyłość, na którą jest narażonych wiele kobiet po mastektomii, z racji wystąpienia menopauzy i wieku, może mieć wpływ na nasilenie się obrzęku limfatycznego, a nawet przyczyniać się do nawrotów choroby nowotworowej [5, 6]. U kobiet otyłych lub mających nadwagę w chwili rozpoczęcia leczenia wstępne i dalsze rokowanie może być gorsze [7]. Aktywność fizyczna i spożywanie pokarmów bogatych w wapń będzie także profilaktyką osteoporozy, choroby stanowiącej zagrożenie dla wielu kobiet.

Wyniki badań wskazujące na zmniejszenie liczby nawrotów raka piersi i spadek umieralności wśród aktywnych fizycznie kobiet w porównaniu z populacją prowadzącą siedzący tryb życia dowodzą, że celowym

jest objęcie wszystkich kobiet poddawanych terapii przeciwnowotworowej różnym formom aktywności fizycznej [8]. Same kobiety — poprzez szeroko zakrojoną edukację prowadzoną jeszcze w szpitalu przez pielęgniarki, położne, lekarzy, wolontariuszki z klubu Amazonek, jak i w ośrodkach rehabilitacyjnych przez fizjoterapeutów — powinny uzyskać wiedzę i mieć głęboką świadomość, że tylko właściwy styl życia, w tym aktywność fizyczna dadzą im szansę na dobre samopoczucie i komfort życia. Kobiety, które doświadczyły następstw odjęcia piersi, jego skutków fizycznych i psychicznych oraz przekonały się o korzystnym wpływie procesu rehabilitacji, mają wysoką motywację do systematycznego przestrzegania zaleceń decydujących o powodzeniu postępowania rehabilitacyjnego [1].

### Podsumowanie

Zarówno rozpoznanie raka piersi, jak i zastosowane metody leczenia mają ogromny wpływ na psychikę i zdrowie fizyczne kobiety, dlatego w tej grupie chorych występuje duże zapotrzebowanie na pomoc w postaci kontaktów z onkologiem, psychologiem, rehabilitantem. Aktywność fizyczna ma duże znaczenie dla przebiegu okresu okołoperacyjnego i dalszego rokowania, może zapobiegać powikłaniom i przyczynić się do poprawy jakości życia. Właściwie zaplanowane i indywi-

dualnie dobrane do możliwości kobiety ćwiczenia fizyczne odgrywają istotną rolę w zmniejszeniu ryzyka nawrotu choroby i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. U kobiet mogą być również stosowane zabiegi fizykalne i masaże wspomagające leczenie obrzęku limfatycznego. Ważne jest, by pacjentka miała świadomość znaczenia wkładanego wysiłku i znalazła wsparcie odpowiedzialnych za to osób.

### Piśmiennictwo

1. Mika K. Po odjęciu piersi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
2. Zborowski A. Drenaż limfatyczny. Wydawnictwo AZ, Kraków 1995.
3. Földi M., Strößenreuther R. Podstawy manualnego drenażu limfatycznego. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005.
4. Kröenke C.H., Fung T. Dietary patterns and survival after breast cancer diagnosis. Clin. Onkol. 2005; 23: 9295–9303.
5. Balewska M., Terlikowski R. Opieka nad chorą po leczeniu raka piersi. W: Krajewska-Kułak E. (red.). Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Białystok 2007; 211.
6. Carmichael A.R. Obesity and prognosis of breast cancer. Obes. Rev. 2006; 7: 333–340.
7. de Walden-Gałuszko K. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
8. Terlikowski R., Balewska M. Aktywność fizyczna i dieta w terapii raka piersi. W: Krajewska-Kułak E. (red.). Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Białystok 2007; 423–426.